



MENTALISERINGSBASERET BEHANDLING OG MUSIKTERAPI

“At terapeuten spiller en aktiv rolle, og således giver sig til kende, er en indbygget og uundgåelig del af aktiv musikterapi, hvor terapeuten indgår i den musikalske improvisation sammen med klienten. Med MBT tydeliggøres det, hvor vigtigt det er, at terapeuten håndterer sin involvering med omhu.”

Niels Hannibal



NIELS HANNIBAL.

Niels Hannibal er kandidat i musikterapi fra 1994. Modtog ph.d.-grad i 2001. Har siden 1995 været tilknyttet musikterapiuddannelsen på Aalborg Universitet og blev i 2005 ansat som lektor. Niels Hannibal udfører som en del af sit virkefelt kliniske og forskningsmæssige aktiviteter på Musikterapiiklinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Henvendelse: hannibal@hum.aau.dk

Abstract

Denne artikel behandler spørgsmålet, om mentaliseringsbaseret terapi er en metode der medfører et skift i terapeutisk forholdemåde for analytisk orienterede musikterapeuter i arbejde med patienter med personlighedsforstyrrelse. Artiklen skal ses om en del af den teoretiske integrationer af MBT i musikterapi med denne målgruppe. Artiklen ser på de forskrifter til mentaliseringsfremmende tiltag som Allan, Fonagy og Bateman [2010] beskriver. Artiklens konklusion er dels af MBT's krav til forholdemåde og interventionsfokus er et skift i forhold til traditionel analytisk orienteret terapi, bl.a. i forhold til fokus på her og nu, og øget fokus på implicit relationel læring, men siger samtidig at musikterapi allerede lever op til og i forvejen anvender disse elementer i musikterapi qua ligheden mellem klinisk improvisation [Wigram 2004] og implicit relationel viden [Stern 2010].

Indledning

Denne artikel er et produkt af en arbejdsproces, som har sine rødder i udarbejdelsen af en manual for et kommende RCT-forskningsprojekt for musikterapi med personer med personlighedsforstyrrelser [Hannibal, Pedersen, Bonde, Bertelsen, Lund & Dammeyer, 2012]. I artiklen undersøges og redegøres for de mulige implikationer, som mentaliseringsfremmende principper må have for den måde, hvorpå musikterapeuten forholder sig til patienten. Artiklen undersøger om mentaliseringsbaseret terapi er en terapeutisk metode, der bryder med grundlæggende traditionelle psykoanalytiske og psykodynamiske forskrifter – og i det perspektiv også et brud med den analytisk orienterede musikterapi-tradition. Artiklen indledes med en beskrivelse af den kontekst, hvor mentalisering blev introduceret til gruppemusikterapi og problemstillinger som dette medførte. Derefter gives en kort beskrivelse af musikterapilitteratur, der har inddraget begrebet, samt en redegørelse for begrebet mentalisering og udførelse af tilgangen i praksis. Herefter diskuteres, om mentaliseringsfremmende principper, som beskrevet af Fonagy & Bateman [2010] og Bateman & Fonagy [2007] kan ses som udtryk for et egentligt metodisk/teoretisk skift eller må ses som en udvikling af traditionel psykoanalytisk metode og teori. Dette ses i forhold til analytisk orienteret musikterapi. Artiklen er sammen med to andre artikler [Hannibal, Pedersen, Bonde, Bertelsen, Lund & Dammeyer, 2012; Hannibal, 2013 in review] første skridt på vejen til at omsætte erfaringerne fra gruppemusikterapi med personer med personlighedsforstyrrelse og MBT til en musikterapeutisk kontekst.

Kontekst

I 2004 udgav Fonagy og Bateman bogen *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization Based Treatment* om mentaliseringsbaseret behandling, som forkortes MBT. MBT blev præsenteret som et bud på en ny manualiseret behandlingstilgang til psykoterapi for patienter med personlighedsforstyrrelser.

MBT var allerede på det tidspunkt ved at blive indført i det ambulante dagbehandlingsprogram på psykiaterapeutisk afdeling på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Her modtog patienterne mange forskellige typer behandling i grupper og individuelt. Hver patient var på én gang tilknyttet forskellige terapeuter og havde en kontaktperson. Der var tale om et meget intensivt behandlingsprogram inspireret af erfaringer fra England og Norge, som havde vist, at man med dette koncept kunne nå patienter med personlighedsforstyrrelser, der ellers var at betragte som næsten behandlingsresistente. En sådan dagbehandling skulle kunne hjælpe disse personer til at udvikle deres evne til at modtage og bruge terapi til at forbedre deres funktion, mindske selvskade, suicidal adfærd, misbrug og mindske graden af symptomer. Den terapeutiske tilgang havde afsæt i begrebet mentalisering [Petersen, Toft, Christensen, Foldager, Munk-Jørgensen, Lien & Valbak, 2008].

Dagbehandlingsprogrammet i Aalborg havde også gruppemusikterapi som en del af sin behandlingsprofil. Over seks år modtog afdelingens personale løbende klinisk og teoretisk supervision af Anthony Bateman, en af grundlæggerne af MBT. På den baggrund blev MBT såvel en central del af dagbehandlingskonceptet [Hannibal, 2008; Hannibal, Pedersen, Windfelt & Skadhede, 2011] og således også i gruppemusikterapien, uden at vi direkte blev adviseret om, hvordan vi specifikt skulle omsætte teorien til praksis i den musikalske kontekst. Vi tilstræbte en mentaliserende indstilling og interventionsstil i samtalen, men havde ikke retningslinjer for, hvordan vi kunne forholde os mentaliserende i musikken. Dette udgjorde især en udfordring i den aktive musikalske del af terapien, mens det oplevedes som mere tilgængeligt som tilgang i den receptive del af musikterapien. Fx var et fast element i terapien, at hver patient på skift

skulle medbringe et selvvalgt stykke musik og afspille det for gruppen, som efterfølgende gav respons. Her udgjorde dét at leve sig ind i hinandens musik og dét at modtage andres indtryk en måde at gøre mentalisering konkret på. Her kunne man gennem musikken få indblik i andres indre verden. Almindeligvis var patienterne specielt positive over for denne del af vores setting. Den oplevedes ofte mere meningsfuld og mindre udfordrende end den aktive musikterapi, som i modsætning hertil ofte oplevedes som en stor udfordring. På den aktive musikterapi reagerede patienterne indledningsvist ofte negativt. Nogle kunne fx finde det uforståeligt og meningsløst at spille på simple instrumenter uden at kunne få det til at lyde som "rigtig musik". Vi tolkede i udgangspunktet denne reaktion som modstand og som en fase, gennem hvilken patienterne skulle tilegne sig metoden, hvorfor fx utryghed, angst eller vrede var at forvente. Med den viden om MBT, vi har i dag, har vores tolkninger ændret sig fra at se sådanne reaktioner som modstand til at se dem som en reaktion på aktiv musikterapis potentielle stimulering af utrygge tilknytningsmønstre. For nogle patienter kan aktiv musikterapi i denne optik endog bevirke en overstimulering. Vi erfarede videre, at nogle patienter godt kunne gennemleve denne fase og udvikle en evne til at bruge den aktive musikterapi, mens andre ikke kunne. For sidstnævnte blev musikterapien aldrig tryk. Bl.a. dette fremgik af en senere opgørelse over de forskellige gruppers opfattelse af, hvor positivt musikterapien oplevedes [Hannibal et al, 2011].

Forskellen på patienternes oplevelse af den aktive musikterapi rejste en række spørgsmål, fx om aktiv musikterapi i form af improvisation i visse tilfælde udgør en uhensigtsmæssig tilgang til personlighedsforstyrrede som målgruppe. Vi havde dog i flere tilfælde iagttaget en holdningsændring hos patienterne. Når den første angst for at prøve noget nyt havde fortaget sig, og patienterne var blevet mere fortrolige med at spille og udtrykke sig gennem musikken, udtrykte de fx: "at her i musikterapi er det ikke som i de andre terapier. Her er mere frirum" [Lindahl & Hannibal, 2012. s. 31]. Hvad skyldtes denne ændring i opfattelsen, som foregik gennem terapien? Bud ud fra MBT kunne være: en forbedret mentaliseringsevne og udvikling af en alliance – eller måske pseudomentalisering? Nogle patienter udtrykte dertil, at de kunne bruge musikterapien som et forum til at "slappe af" fra alt det alvorlige.

At aktiv musikterapi i "åben" og "fri" form gav væsentlige udfordringer for denne målgruppe var dog den generelle erfaring. Eksempelvis var der ofte langt fra patienternes forestilling om, hvad det vil sige at få terapeutisk hjælp, til at se "meningen med at slå på en tromme". Skulle musikken bruges i den terapeutiske proces, var det nødvendigt at mindske afstanden mellem patienternes forestillinger og den musikterapeutiske praksis. En anden betydningsfuld faktor var sammensætningen af de enkelte grupper. Var der i en gruppe flere personer, der var i stand til at indgå i de musikalske aktiviteter, kunne disse trække resten af gruppen med og omvendt. Det kan iagttages, at personer, som havde vanskeligt ved at se meningen med aktiv musikterapi, også havde udfordringer i dagbehandlingens øvrige aktiviteter. Dette understreger nødvendigheden af at tage højde for nævnte problemstillinger, når behandlingen skulle i gang, og der skulle opbygges en alliance mellem terapeuten, den enkelte og gruppens medlemmer. At arbejde mentaliserende betød dels et fokus på 'her og nu', dels et mål om at holde et optimalt arousal-niveau i gruppen for ikke at mindske patienternes evne til mentalisering [Hannibal, 2008].

Mentaliseringsbegrebet er ikke længere nyt i musikterapiteoretisk sammenhæng. Der sås allerede i perioden 2007-09 flere publikationer om musikterapi med inddragelse af mentaliseringsperspektivet. Trondalen & Skårderud [2007] inddrager mentaliseringsbegrebet i relation til musikterapi, affektiv afstemning og implicit relationel viden, mens Strehlow [2009] er meget mere direkte i behandlingen af MBT i sin gennemgang af musikterapi med et barn, der har været udsat for et seksuelt overgreb, herunder hvordan emotionelle oplevelser, spejlet gennem musikken, kan ses som en måde at initiere mentalisering på. I Strehlows artikel kan iagttages en række paralleller til Trondalens og Skårderuds artikel om affektiv

afstemning, uden at denne dog ekspliciteres. Inden for teori om MBT er der endvidere sket en del i forhold til operationaliseringen af begrebet de senere år [fx Bateman & Fonagy, 2007; Allan, Fonagy & Bateman, 2010]. I 2010 blev Manual for mentaliseringsbaseret terapi (MBT) udgivet af Karterud & Bateman [2010], som indeholder konkrete anvisninger til vurdering af, om terapeuten faktisk udfører MBT.

Mentalisering som begreb og i praksis

Fonagy & Bateman [2010] angiver eksplicit, at de bygger deres teori på en bred vifte af viden fra evolutionsteori, neuropsykologi, tilknytningsteori, psykodynamisk og kognitiv teori, og at der i den forstand ikke er noget nyt i MBT. MBT angiver altså ikke et paradigmeskift, men et syntetiserende og integrativt perspektiv. Deres måde at kombinere teorier og metoder på har dog haft en radikalt forandrende betydning for, hvordan dels den terapeutiske proces, dels terapeutens forholdemåde må anskues. Det ses ved, at der i den terapeutiske proces er direkte fokus på det mentale, på nuet, på patientperspektivet og på både det eksplicite og det implicite i kontakten. Det har konsekvenser for forholdemåden, som omhandler alt det, som terapeuten gør med sin opmærksomhed, sine indre sansninger, som opstår i en terapi, og hvordan dette omsættes til terapeutiske handlinger og interventioner. Terapeuten skal i langt højere grad afstå fra at være eksperten, skal kunne udføre mentalisering i praksis, skal kunne opretholde og udføre mentaliseringsfremmende adfærd i terapien.

Inden for MBT formuleres ret klare retningslinjer og betingelser for, hvornår man iflg. forfatterne udfører mentaliseringsfremmende interventioner, og hvornår man ikke gør det [Karterud & Bateman, 2010]. Bl.a. argumenteres der, som sagt, for at holde fokus på nu'et, på at undgå tolkning, på at man skal inddrage den aktuelle kontekst og på, at terapeuten skal undlade at give svar og forklaringer o.l. Alt sammen anbefalinger, der er fundamentalt fremmede for en klassisk psykoanalytisk og dynamisk orienteret terapeut. Musikterapeuter med analytisk orientering må derfor formodes at skulle ændre deres opfattelse af deres rolle samt måde at intervenere på verbalt, hvis de ønsker at arbejde med MBT. Dette kunne gælde opfattelsen af den måde, de forholder sig til den terapeutiske proces på, og deres måde at de agere musikalsk på. Har det f.eks. betydning for hvordan man agerer, når man udfører klinisk improvisation, laver sang-skrivning osv.? Men før der fokuseres på musikterapi set i forhold til MBT, gives her en kort introduktion til mentaliseringsbegrebet.

Definition

Mentalisering defineres som en proces, hvor opfattelse og fortolkning af adfærd ses som forbundet med intentionelle mentale tilstande [Bateman et al, 2007, s. 35]. For at kunne mentalisere skal man således kunne forbinde adfærd med bagvedliggende intentioner, følelser og tanker hos sig selv og andre. En klientpopulation, der har specielt vanskeligt ved dette, er personer med personlighedsforstyrrelser. Personer med denne diagnose har problemer med at adskille indre og ydre oplevelser og finde dækkende repræsentationer for disse [Jørgensen, 2006, s. 322]. Sådanne patienter kan i visse situationer ikke adskille reaktioner, de selv har fra det, som sker med andre. Deres virkelighedsopfattelse af konkrete situationer er tilbøjelig til at blive styret mere af emotioner og automatiserede tilknytningsmønstre end af en intentionel forståelse af egne og andres handlinger. At forstå og opfatte omgivelserne på en sådan måde er ensbetydende med hverken at kunne mentalisere sig selv eller den anden person. Reaktionssmåden kan have flere årsager, men skyldes især usikre tilknytningsmønstre [Fonagy, 2000]. Usikker tilknytning medfører en interaktionel og relationel sårbarhed, som foranlediger, at man i samværet med andre er tilbøjelig til automatisk at registrere eller tolke adfærd en risikofaktor for tilknytningstab. Samvær og samspil kan potentielt genaktivere den relationsmåde eller det relationsmønster, som i

personen forbindes med fx ambivalente følelser og med usikkerhed. Tilknytningsmønstrene er almindeligvis ikke-bevidste eller implicitte. Når en persons tilknytningsmønstre stimuleres og aktiveres, har vedkommende ofte vanskeligt ved "tænke klart" og vanskeligt ved udføre mentalisering. Mentaliseringsprocesser involverer både det implicitte og det eksplicite niveau (Bateman & Fonagy, 2007, s. 195ff). For et usikkert tilknyttet menneske kan kommunikation og interaktion meget nemt blive vanskelig at gennemskue, ligesom den manglende evne til mentalisering øger risikoen for, at denne tillægger andre personer intentioner, som ikke er deres egne. Patienten kan desuden have tendens til visse former for tænkning. Dels beskrives den personlighedsforstyrredes tænkning som psykisk ækvivalenstænkning (Bateman et al. 2007, s. 40), hvilket betyder, at man sætter sin indre oplevelse lig med den virkelige verden. Denne sammenblanding af fantasi og virkelighed anses for at være normal for børn under tre år, fx i forbindelse med leg, idet de kan have vanskeligt ved at se verden i andre menneskers perspektiv (Fonagy et al, 2007, s. 245ff). For en voksen giver det imidlertid problemer, hvis man ikke kan skelne mellem fantasi og virkelighed. Opleves andre eksempelvis som farlige, tolkes de også som farlige. En anden karakteristisk tænkemåde er teleologisk tænkning (Bateman et al, 2007, s. 48). Her opfattes kun formålsrettede handlinger som virkelige, en tænkemåde, som også normalt hører til barnets tidlige udvikling, når det erkender, at handlinger har konsekvenser, men ikke kender eller kan tolke de bagvedliggende intentioner. Voksne, der ikke kan mentalisere, har på samme måde fokus på "handlingen", men ikke på den bagvedliggende intention. Opleves psykisk ubehag i en situation, kan således kun handlinger lindre, fx selvskade, og kun handlinger fra omverden kan opfattes som udtryk for hjælp. At nyde opmærksomhed eller sympati fra en anden opleves derfor ikke som hjælp til styrkelse af selvfølelsen for den teleologisk tænkende person. Man kan forestille sig en situation, hvor to personer står og snakker. Den ene person ser på sit ur. Den anden opfatter dette som et udtryk for, at vedkommende keder sig og ikke ønsker at fortsætte samtalen (teleologisk tænkning). Han oplever efterfølgende lav selvfølelse og skuffelse og er overbevist om, at modparten ikke kan lide ham (psykisk ækvivalens). Har man nedsat eller mistet evne til at mentalisere, kan man ikke se ud over sin ikke-bevidste reaktion og vil have vanskeligt ved at regulere sine emotioner.

Et menneske, som har vanskeligt ved at mentalisere, mistolker eller misforstår andre mennesker uden at være klar over det. For personer med usikker eller helt manglende tilknytning vil aktivering eller stimulering af disse tilknytningsmønstre medfører øget arousal. Personen vil opleve fx angst og ubehag, forvirring. Personens mentaliseringsevne "kapres" af hjernens mere ubevidste strukturer, hvilket mindsker evnen til "at tænke klart". Et sammenbrud i mentaliseringsevnen kan være kortvarigt, men dog tilstrækkelig til, at personen når at *act out* i form af fx selvskade eller misbrug. *Acting out* efterfølges af oplevelsen af lavt selvværd og med risiko for, at personen ikke kan magte at fortsætte sin behandling. Disse reaktioner forekommer såvel i patientens dagligliv som i terapi. I mentaliseringsbaseret terapi skal terapeuten forholde sig til dem som udløst af hændelser i terapirummet. Får en patient eksempelvis en oplevelse af terapeuten som fraværende, skal det undersøges, hvad der nu og her har udløst denne reaktion.

Manglende evne til mentalisering skaber store vanskeligheder i en persons indre liv. Relationer til andre mennesker kan hurtigt blive negative, idet personen potentielt befinder sig i et afvisningsfelt og således reagerer på udsagn og adfærd som afvisninger eller anden negativ respons uden at være bevidst om sine egne reaktioner. Den relationelle verden kan hurtigt skifte fra at være rolig til at blive et farligt, uforudsigeligt og kaotisk sted at være. Terapeutisk arbejde med et menneske med personlighedsforstyrrelse forudsætter således, at terapeuten behandler udsagn på såvel et eksplicit som på et implicit niveau. Der skal på én gang være fokus på det, der siges, som på måden, det siges på - i erkendelse af, at mentalisering både relaterer til bevidste og ikke bevidste mentale processer.

En terapeut må for at hjælpe en patient til at lære at mentalisere selv mentalisere patienten på et eksPLICIT og implicit niveau. Ser terapeuten patienten i sit eget, fx teoretiske perspektiv, mentaliserer terapeuten ikke patienten. Karterud & Bateman [2011] hævder, at terapeuten ikke på samme tid kan udføre mentalisering og reflektere over sin praksis:

”Hvis terapeuten i ”al hemmelighed”, dvs. i sit eget sind, sætter tingene sammen til en mere kohærent fortælling i overensstemmelse med egne teorier [...]” og ”med sig selv finder ud af, hvorfor noget er galt med hans/hendes patient, og hvordan det kan ordnes, mentaliserer han/hun ikke længere” (Ibid, 2011, s. 49).

Det hævdes videre, at det er vanskeligt at opretholde et mentaliserende perspektiv i mere end et par minutter ad gangen, idet man i enhver kontakt på et tidspunkt vil begynde at reflektere over det, man sanser, og rette sin opmærksomhed indad. MBT synes at opstille et ideal, hvor terapeutens vigtigste funktion bliver at mentalisere med henblik på at få sin klient til udføre mentalisering. Målet er at skabe en situation, hvor klienten erfarer at blive set, hørt og rummet, og internaliserer og udvikler sin evne til mentalisering. Mentalisering handler heroverfor om at facilitere et intersubjektivt felt, hvor den person, der mentaliseres, implicit sanser og/eller eksplicit erkender, at vedkommende, der mentaliserer, har en gyldig fornemmelse af, hvad vedkommendes indre mentale tilstand er. At terapeuten verbalt tilkendegiver forståelse er ikke tilstrækkeligt, klienten skal erfare dette.

For at have kontakt med den interaktion og relation, der udfolder sig i enhver sammenhæng og i ikke mindst i musikterapi, er terapeuten nødt til at have opmærksomhed på egne indre sansninger, tanker og følelser, som opstår løbende. I dynamisk terapi anvendes begrebet modoverføring ofte om sådanne indre foki. Her er det en central del af terapeutens kompetence at kunne iagttage og forholde sig til sig selv uden automatisk at handle eller ubevidst at lade sig styre af disse processer. Mentalisering handler om at kunne se, føle, fornemme og forstå den anden, men uden at det sker på en måde eller med et sprog, der er fremmed for og på den måde ikke forbinder sig med den anden persons referencer og selvforståelse.

Udviklingspsykologisk skal et menneske erfare at blive mentaliseret af en anden for at kunne udvikle sin evne til at mentalisere. Fonagy, Gergely, Jurist & Target [2007] skriver, at barnet for at skabe en fuldt mentaliseret psykisk realitet skal erfare følgende tre ting gentagne gange: sine egne aktuelle mentale tilstande, repræsentationer af disse samt at den voksnes virkelighedsperspektiv udgør en ramme for dette [Fonagy et al, 2007, s. 253]. Man kan forenklet sige, at barnet lærer at mentalisere, idet den voksne mentaliserer barnet.

Der findes en del teorier, der beskriver betydningen af lignende processer med lidt andre ord. Her skal kort nævnes Daniel Stern, som har beskrevet, hvordan barnet udvikler sin evne til intersubjektiv relateren gennem affektiv afstemning og deling af fælles opmærksomhed, hensigt og følelse [Stern, 1991]. Stern beskriver videre, hvordan opbygning af implicitte skemaer for interaktion sker i interaktionen mellem forældre og barn. Dette sker både i forhold til barnets udvikling af en form for psykologisk konstans, kaldet kerneselvet, og i forhold til udviklingen af evnen til intersubjektivitet. Intersubjektivitet udvikles løbende og udvikler først barnets evne til at dele implicitte indre tilstande, siden kan også sproget benyttes at opnå intersubjektivitet. I denne sammenhæng er fokus intersubjektivitet i forhold til evnen til at kunne dele subjektive, indre tilstande uden nødvendigvis at anvende sproget. Intersubjektivitet som relationelt og dynamisk begreb kan siges at være indeholdt i mentaliseringsbegrebet, men begreberne er ikke identiske. Intersubjektivitet henviser til den del af processen, der har at gøre med at dele indre subjektive tilstande. Men udvikling af intersubjektivitet indeholder også en modsat dimension, hvor barnet

lærer om alt det, som ikke kan deles. Her får barnet erfaringer for, hvornår, med hvem og hvordan noget ikke kan deles. Denne proces foregår først i de præverbale relationsdomæner, og det præverbale element betoner den implicitte dimension af disse processer. Barnet lærer at dele følelser med andre, før det har sprog, for at beskrive og fortælle om sine indre tilstande.

Oplevelsen af intersubjektiv relateren er tæt knyttet til tilknytningsmønstre. Når omgivelserne er tilgængelige og afstemte i tilstrækkelig grad, udvikles en sund tilknytning. Er omgivelserne ikke i stand til at give barnet dette psykologiske grundlag, risikerer barnet at blive mere sårbart over for at skulle opbygge tætte forbindelser senere i livet. Da mentalisering bl.a. synes at basere sig på evnen til at kunne gennemskue mis-afstemning, eller manglende afstemning med omgivelserne og på ikke at lade sin reaktion være styret af den emotionelle reaktion, som knyttes hertil, giver det mening at anse evnen til intersubjektiv relateren som en central del af det at kunne mentalisere [Fonagy et al. 2007].

Mentalisering synes begrebsmæssigt at bygge videre på affektiv afstemning, dog uden en helt så entydig operationalisering. Stern [1991] beskriver fx, hvorledes den voksne ved at afstemme sin respons amodalt og ved at have fokus på timing, dynamik, form og rytme hjælper barnet til at se afstemningen som rettet imod den indre følelse og ikke den konkrete ydre handling. Stern behandler også mulige konsekvenser af misafstemning og fejlslutninger, som jeg dog ikke vil relatere til begrebet mentalisering i nærværende artikel. Fonagy et al. [2007] har et mere objektrelationsteoretisk afsæt og stiller sig ikke mindst metapsykologisk tvivlende over for visse aspekter af Sterns teori om affektiv afstemning, men det er ikke denne artikels ærinde at referere kritikken. Fonagy et al [2007] opstiller en alternativ hypotese for barnets udvikling, fx at det interaktionelle samspil mellem det 9 måneder gamle barn og omsorgspersonen betragtes som et redskab: "til tidlig, ikke-verbal socialisering, hvormed omsorgspersonen selektivt kan forstærke og forme spædbarnets viljesbestemte, målrettede eller legende sociale aktiviteter" (ibid. s. 179). Umiddelbart finder jeg det vanskeligt at se afgørende forskelle mellem denne og Sterns model. Teoretikerne synes først og fremmest enige i den grundlæggende præmis, at generaliseret erfaring danner grundlag for mentale repræsentationer. Der er konsensus om, at barnet erhverver sine sociale færdigheder i en tidlig alder, og at disse udgøres af nonverbale, implicitte repræsentationer af generaliseret interaktion.

Barnets udvikling af evnen til sund mentalisering skal ses i ovenstående perspektiv, dog kan mentalisering ikke beskrives alene med afsæt i begrebet om affektiv afstemning. Mentalisering adskiller sig som begreb ved både at være rettet imod det implicitte, som Stern beskriver, og samtidig mod det eksplicitte i sproget, i symboler og i artefakter som musik og kunst. Mentaliserings-begrebet er således en konstruktion, der både indeholder det diskursive og det nondiskursive niveau af den subjektive oplevelse, det relationelle samspil, og det inddrager den kontekst i hvilken et samspil forgår. I dette perspektiv er et terapeutisk fokus på de ikke-sproglige fænomener nye toner. Ud fra en dynamisk forståelse kan man sige, at mentalisering som handling foregår, når man gennem sin måde at indgå i samspil på bidrager til, at den anden kan se sig selv både på et oplevelsesmæssigt og et forståelsesmæssigt niveau.

Den mentaliserende tilgang til den terapeutiske proces

Når et menneske bringes i situationer, hvor det skal ses eller mentaliseres, vil dets relationelle erfaringer ligge som en adfærdsmæssig betingning, der kan udløse en undvigende manøvre og/eller potentielt øge det psykiske ubehag. I mentaliseringsbaseret terapi taler man som før nævnt om, at øget arousal er en konsekvens af, at tilknytningsmønstrene aktiveres.

Denne øgede neurologiske aktivitet i det limbiske system medfører, at højere cerebrale processer i cortex ikke fungerer optimalt [Karterud et al, 2011, s. 22]. Med andre ord kan en person med ambivalent tilknytning have særdeles vanskeligt ved at mentalisere, når dennes tilknytningsmønstre aktiveres. Forskellige situationer kan foranledige dette, fx at terapeuten viser empati, eller at terapeuten spørger ind til et for personen tabueret psykisk materiale, eller hvis terapeutens adfærd giver patienten en oplevelse af afvisning, uopmærksomhed osv. Som jeg før har nævnt det, findes der i analytisk dynamisk terapi en lang tradition for at beskrive sådanne processer med begreber som overføring, forsvar og modstand. Disse begreber er i og for sig helt korrekte og egnede til at beskrive disse fænomener. Men de er ikke særlig anvendelige i en kontekst, hvor man ønsker at mentalisere en person. Det skyldes flere forhold: For det første vil en overførings- eller forsvarstolkning fra terapeuten af en persons adfærd ofte give klienten et implicit indtryk af, at terapeuten er bedre til at forstå personen end personen selv. Dette er i modstrid med intentionen om at udvikle klientens evne til at mentalisere, dvs. at se den anden indefra og sig selv udefra. Ved at lave en tolkning risikerer terapeuten at påføre patienten sit udefrakommende syn og ikke forholde sig til patientens indre perspektiv. Derfor virker tolkninger ofte ikke-mentaliserende. Terapeutens opgave er at kunne handle og vise med sin handling, hvad det er, han vil have vedkommende til at gøre relationelt i forhold til andre. At opleve sig set, hørt og rummet bygger på en implicit relationel erfaring. Denne oplevelse kan opstå i en relation uden ord, i musik og med ord. Stern taler om nu-øjeblikke, i hvilke det intersubjektive felt udvides [Stern, 2004], og man erfarer og erkender, at den anden faktisk er der sammen med én. Men for at kunne udvikle denne evne, skal man have oplevet, at nogen gør det for en. Man skal lære, at det, man tænker og føler, kan deles. Her et eksempel fra klinikken:

Case vignet: I et musikterapiforløb med en mand med personlighedsforstyrrelse er der fokus på hans undvigende adfærd. I dette forløb, som er præ-MBT, arbejdes der ud fra en mere traditionel analytisk vinkel, hvor fokus er på overføring, forsvar etc. I dette tilfælde folder en situation sig ud, hvor patienten oplever terapeuten som uforstående og ikkelyttende. Hans tilknytningsmønstre aktiveres. Men hans strategi er ikke at konfrontere andre, så han samarbejder men trækker sig emotionelt i kontakten. Det er hans mestringsstrategi. I musikken spiller han de samme få toner, uden at respondere på terapeutens forsøg på kontakt eller sammenspil. Han afviser så at sige terapeuten musikalsk, men bliver ved med at spille. Terapeuten ophører med at forsøge at komme nærmere, og improvisationen slutter som to personer, der følges ad i samme retning, uden at tale sammen, men dog i samme lyd. Patienten udtrykker efter den musikalske improvisation følgende:

“Du var jo ikke mit modstykke alligevel [...] det var jo mere imødekommenhed” [Hannibal, 2001].

I musikken er der sket noget med den måde patienten oplevede “den anden” på. – en oplevelse der ikke bekræfter hans forventning. Patienten skifter til at forholde sig til nuet og det som sker, og er ikke automatisk styret af sine forestillinger og forventninger. I ovenstående case-uddrag er der altså sket en ændring af patientens opfattelse af terapeutens intention gennem musik og ikke gennem sproget. Ændringen i patientens opfattelse af terapeuten er sket uden en egentlig tolkning og er kun en følge af den musikalske interaktion. Set i et MBT-perspektiv kan det se ud, som om, terapeutens implicitte musikalske handlinger er blevet opfattet af patienten som relationelle handlinger. Der er sket en forandring af den måde, de to personer er med hinanden på. Det intersubjektive felt et blevet udvidet og patientens automatiserede forventning til terapeuten som en afvisende person er ændret.

Et andet forhold er anvendelsen af dynamiske tolkninger, der traditionelt rettes mod at forbinde det fortidige med det nutidige. At tolke på denne måde anses ikke fremmede for mentaliseringen, da denne foregår lige her og nu mellem de tilstedeværende personer [Bateman et al. 2007, s. 188ff]. Synet på

fænomenet overføring ændres i MBT, fra at tolke overføringen set i forhold til fortiden til at være en kilde til at forstå patientens måde at mestre det på, som sker her og nu:

”At mentalisere overføringen er med andre ord en forkortelse for at opmuntre patienter til at tænke over den relation, de aktuelt befinder sig i” . [Allan et al. 2010, s. 217]

Konsekvenser af mentalisering i musikterapi

Allan, Fonagy og Bateman (2010, s. 193) opstiller konkrete forslag til retningslinjer for handlinger, der fremmer mentalisering. Terapeuten skal lidt forenklet sagt:

- rette fokus mod mentale tilstande i patienten
- intervenere på en ren, enkel, ikke-vidende og validerende måde
- møde patienten nysgerrigt og i nuet
- primært spejle markerede følelser og ikke tolke umarkerede bagvedliggende følelser
- inddrage sig selv efter patienten
- erkende egne fejl, når der opstår misforståelser, og undersøge sin rolle i processen
- se interaktion som et produkt af det, som sker i nuet og ikke som produkt af forstyrrede opfattelser af den anden [overføring]

Spørgsmålet er, om disse mentaliseringsbaserede principper kan siges at bevirke et skift i musikterapeuters forholdemåde. Her er det nyttigt at benævne overordnede tilgange til musikterapi, kaldet ”musik i terapi”. Denne tilgang har rod i den traditionelle dynamiske musikterapi-tænkning, som arbejder analytisk med tolkninger, forsvarsanalyse, overføring og fortidens betydning for nutiden (bl.a. Bruscia, 1998). For terapeuter, der anvender denne tilgang, må MBT udgøre noget nyt og anderledes, set i forlængelse af de ovenstående tanker om terapeutisk forholdemåde og procesforståelse. For ”musik i terapi”-tilgangen kan antages, at MBT-perspektivet må bevirke en paradigmatisk anderledes tilgang både teoretisk og klinisk. For det første i forhold til måden, musikalske oplevelses fortolkes og inddrages på i terapien, men også i forhold til, hvordan musikterapeuten tolker patientens musikalske handlinger og valg af følgende interventioner. Analytisk orienteret musikterapi arbejder ud fra en tolkningstradition, som jf. MBT potentielt er mentaliseringshæmmende. Centralt for MBT er netop, at terapeuten er villig til og bevidst om at se ud over sin egen verdensforståelse og fremme patientens egen evne til at mentalisere. MBT-perspektivet synes i dette lys at stå i modsætning til den hidtidige analytisk orienterede musikterapeutiske position, som hviler på fortolkningskontekster løsrevet fra her og nu-perspektivet.

MBT hører til en ny trend i psykoterapi, der anbefaler, at terapeuten både har fokus på, hvad der sker, og hvordan det sker, men mindre på hvorfor. Et fokusskift, der lidt forenklet kan karakteriseres som at gå fra kun at se på det diskursive meningsindhold i samtalen til i lige så høj grad at beskæftige sig med det, som foregår i og uden for sproget – med et styrket fokus på implicite relationelle mønstre (Jørgensen, 2006).

Denne bevægelse har væsentlig pragmatisk værdi for musikterapi, hvor fokus på det implicite relationelle niveau har flere vigtige betydninger. For det første foregår aktiv musikterapi i det procedurale og derved i det implicite relationelle lag. Når man improviserer, aktiveres disse relationelle mønstre, og der lægges mere vægt på, hvordan man agerer frem for på hvad det betyder (Hannibal, 2001). Det øger fokus på det intersubjektive niveau i relationen. Man kan alene ved at spille ændre den implicite relationelle matrix mellem terapeut og patient, som nævnt i eksemplet. For det andet anfører BCPG (2010,

s. 193ff)¹, at formålet med terapi er at ændre den implicitte relationelle viden, og at den kan ændres uden at det er nødvendigt at vide, at det sker. Dette ses i musikterapi, som giver rum for "følt mening", som siden kan undersøges med ord, men ikke behøver at blive det. I mine øjne har musikterapi således en speciel position, idet improviseret musik er levet oplevelse. Det er en analog proces, som udfolder sig i tid, og som indeholder det implicitte relationelle i sin kerne. At spille sammen med hinanden og til hinanden rummer alle disse relationelle elementer. For god ordens skyld skal der gøres opmærksom på, at implicitte relationelle processer forekommer uanset hvilket teoretisk perspektiv der inddrages, og er ikke bundet til MBT.

Egenterapi som uddannelsesmæssig baggrund er væsentlig uanset terapiteoretisk orientering. Men MBT-tilgangen styrker betydningen af, at musikterapeuten har gennemarbejdet sine implicitte relationelle mønstre i egen-terapi som en forudsætning for at kunne håndtere den terapeutiske proces. For at kunne mentalisere klienten må terapeuten selv mestre mentalisering, hvilket stiller nye krav til terapeuten i forhold til bevidsthed om præmisser for nærvær, empati, nonverbal og verbal kommunikation. Heroverfor står den traditionelle analytiske opfattelse af terapeutens forholdemåde, der lagde mere vægt på det iagttagende, analyserende og neutrale - i modsætning til MBT, der hverken anser tilstræbelse af terapeutisk neutralitet som mulig eller hensigtsmæssig.

Mentalisering opstår som resultat af indsigt, som er forankret i det implicitte oplevelsesniveau. Er den kun verbalt forankret, er der tale om pseudo-mentalisering. Mentaliseringsperspektivet rummer en kæmpe udfordring for musikterapeuten, som skal tilegne sig såvel almenterapeutiske færdigheder som specifikt musikterapeutiske med henblik på at kunne agere adækvat i en musikalsk og meningsåben kontekst. En udredning af dette emne ligger uden for denne artikels ramme, men nævnes her for at understrege betydningen af at kunne se sig selv samtidig med, at man er i interaktion med andre.

Jeg vil gerne vende tilbage til spørgsmålet om måden, man som terapeut inddrager sig selv på i den terapeutiske proces. I traditionel analytisk terapi har det at give sig til kende været at betragte som uetisk adfærd, dertil som forstyrrende i forhold til den terapeutiske proces, da terapeuten ved at inddrage sig selv kunne risikere at forplumre overføringsbilledet med sine modoverføringer. I den mentaliseringsbaserede terapimodel er det næsten et krav, at man inddrager og undersøger, hvordan patienten oplever terapeuten i den relationelle sammenhæng. Afsættet er patientens oplevede virkelighed i den fælles interaktion. Det betyder også, at terapeuten kan vælge at bede patienten om at mentalisere. Hvis terapeuten skønner, at klienten ikke mentaliserer, men i stedet afleder fra det væsentlige, kan terapeuten godt vælge at træde ind i relationen med sine tanker. Er patienten eksempelvis selvmordstruende, men slår dette hen, kan terapeuten insistere på, at dette er vigtigt, og at det optager terapeuten i en grad, der påvirker kontakten imellem dem. Terapeuten kan også tydeliggøre forskelle i terapeutens og patientens oplevelse af, hvad der sker i relationen i kølvandet på, at patientens indre mentale proces er tydeliggjort.

At terapeuten spiller en aktiv rolle, og således giver sig til kende, er en indbygget og uundgåelig del af aktiv musikterapi, hvor terapeuten indgår i den musikalske improvisation sammen med klienten. Med MBT tydeliggøres det, hvor vigtigt det er, at terapeuten håndterer sin involvering med omhu. For eksempel kan for meget musikalsk styring og handling betyde at terapeuten "overdøver" patienten. Wigram (2004, s. 45ff) taler om betydningen af, at musikterapeuten kender sin improvisatoriske ABC. Stern (2010, s.153) anfører, at basale improvisatoriske metoder benytter samme materiale som implicit relationel forhandling af intersubjektivitet gør, nemlig såkaldte vitalitetsformer. Musikterapeuten må således være

1 Daniel Stern har sammen med "The Boston Change Process Study Group" [BCPSG] beskrevet implicit relationel viden i psykoterapi. Se f.eks. "Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm" (2010).

bevidst om at befinde sig i et kommunikationsfelt, der benytter relationens grundlæggende sprog, hvor denne i et MBT-perspektiv skal holde fokus på patientens udsagn, som det ytrer sig i musikken her og nu. Dette gælder også for terapeutens læsning af det, som traditionelt benævnes overføring.

Opsamling

Der kan argumenteres for, at MBT må bevirke et musikterapeutisk skift inden for analytisk orienteret musikterapi, idet MBT gør op med dogmer som orienteringspunkt og orienterer sig mere mod det pragmatiske end mod det teoretiske. I forhold til traditionel analytisk tænkning bidrager MBT med forskrifter i relation til terapifokus, interventioner og terapeutiske forholdemåder. Men visse af disse "nye" tiltag anvendes allerede i aktiv musikterapi. At improvisere er interaktion "her og nu", hvor terapeuten er aktiv og deltagende. Der er tradition for at have fokus på det, patienten ønsker at udtrykke i sin musik, og vi i analytisk orienteret musikterapi har længe haft fokus på måden, det sker på, frem for på, hvad det betyder. I MBT-perspektiv er klinisk musikterapi således på forkant med udviklingen. Spørgsmålet er dog, om ovennævnte betingelser for musikterapi i sig selv fremmer mentalisering. Her må fokus rettes mod, om og hvordan terapeuten styrer den terapeutiske proces i musik, dvs. på de forestillinger, der ikke har udgangspunkt i patientens mentale virkelighed.

MBT præsenterer klare retningslinjer for, hvordan man skal agere for at fremme mentalisering hos patienter med personlighedsforstyrrelser, og disse bryder med traditionel analytisk terapitænkning, fx i forhold til at inddrage markerede og umarkerede følelser og terapeutens rolle. Men MBT har på samme tid en tydelig reference til netop den analytiske teori, så det kan diskuteres, om MBT mere er udtryk for en revision af gældende terapeutiske principper på baggrund af nyere psykodynamisk teori end udtryk for et nyt syn på terapi. MBT har skarpt fokus på, at terapeuten skal have opmærksomhed på sin egen forudfattedhed og skal kunne sætte sig ud over denne, når det forhindrer terapeuten i at mentalisere patienten. Fonagy et al (2007) hævder, at nye terapeuter ofte har nemmere ved at arbejde med MBT end erfarne, fordi de nye ikke er styret af deres forestillinger om, hvad der er væsentligt, som mere erfarne terapeuten ofte synes at være. Mentalisering påhviler præverbale og implicitte indsigter. Man kan spørge sig selv, om terapeutens vigtigste kompetence ift. at kunne yde MBT er mentaliseringsindsigt grundlagt i barndommen eller på baggrund af et mentaliseringsbaseret egenterapi-forløb.

MBT advokerer for nødvendigheden af, at alle terapeuter, der arbejder med mentalisering, må kunne sætte sig ud over deres egen verdensforståelse. MBT kan således på flere måder betragtes som implicerende en revideret terapeut-forholdemåde, der stiller nye krav til terapeutens uddannelse.

Hvilken betydning kan dette have i forhold til musikterapeutens forholdemåde? Kan retningslinjerne for MBT umiddelbart konverteres til en musikterapeutisk kontekst? At besvare dette spørgsmål kræver en nærmere udredning af, hvad der definerer musikterapi. Et emne, det på sigt må være væsentligt at tage op. Med afsæt i denne artikels refleksioner vil jeg hævde, at MBT har generelle implikationer for musikterapi, herunder for musikterapeutens forholdemåde, metode og filosofi. MBT udspringer af en terapeutisk tilgang til patienter med personlighedsforstyrrelse på et bredt teoretisk grundlag. MBT-perspektivet, mener jeg, har i særdeleshed relevans for kliniske musikterapeuter, der også arbejder med patienter med personlighedsforstyrrelse, og som vægter det relationelle aspekt af musikterapien som et centralt virkemiddel for terapeutisk forandring. Men MBT har også relevans for musikterapiens diskussion om musik i eller som terapi. Både MBT og BPCSG's tanker om det implicitte relationelle styrker musik i terapi, ikke mindst tydeliggøres behovet for at styrke både implicit og eksplicit mentalisering.

MBT udfordrer i mine øjne i det hele taget alle terapeutiske retninger, der arbejder ud fra en meget stram teoretisk og/eller manualiseret ramme, som ikke er forenelig med at handle mentaliseringsfremmende, dog angiver MBT selv en meget strikt manual, som ifølge deres anvisninger skal følges nøje. Paradoksalt nok indebærer denne en risiko for at fokus på den kan virke kontra-mentaliserende.

Argumentet for at tilbyde musikterapi som behandling kan styrkes af forskning og evidens og forskning fra MBT, herunder for betydningen af det implicit relationelle. Dette kan gøre, at musikterapi på sigt kan komme på banen som behandlingstilbud til flere målgrupper.

På Aalborg Psykiatriske Sygehus findes Musikterapiiklinikken, hvor der p.t. er tilknyttet fire musikterapeuter som klinikere og forskere. Disse samarbejder med de to af hospitalet ansatte musikterapeuter. Denne gruppe har i foråret 2012 arbejdet med netop MBT og spørgsmålet om, hvorvidt dette behandlingsprincip er foreneligt med musikterapipraksis og -tradition. Formålet med arbejdet er at opstille en behandlingsmanual, og resultatet er publiceret i en særskilt tekst [Hannibal, Pedersen, Bonde, Bertelsen, Lund & Dammeyer 2012]. Denne manual er som før nævnt stadig under udvikling. Under navnet procesorienteret musikterapi (PROMT) forsøges det at skabe en symptom og ressourceorienteret ramme for musikterapi-behandling i psykiatrien. I forhold til målgruppen personlighedsforstyrrede er der ligeledes gjort forsøg på at integrere MBT i forhold til metoder og terapeutforholdemåder. Evaluering af PROMT vil ske i løbet 2013-14 og resultaterne forventes fremlagt ved verdenskongressen for musikterapi i Wien 2014.

Litteratur

Allan, J.G., Fonagy, P. & Batemann, A. [2010]. *Mentalisering i klinisk praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bateman, A., Fonagy, P. [2007]. *Mentaliseringsbaseret behandling af borderline personlighedsforstyrrelse - en praktisk guide*. Århus: Akademisk forlag.

Bruschweiler-Stern, N., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Nahum, A.M., Reis, B. & Stern, D.N. [The Boston Process Change Study Group] [2011]. *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*, New York: Norton Professional Books

Bruscia, K. [1998]. *The dynamics of music psychotherapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, L.J. & Target, M. [2007]. *Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling*. København: Akademisk Forlag

Hannibal, N. [2001]. *Præverbal Overføring i Musikterapi - kvalitativ undersøgelse af overføringsprocesser i den musikalske interaction*. Ph.d. - afhandling, Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet, december 2000.

Hannibal, N. [2008]. Gruppemusikterapi med patienter med personligheds- forstyrrelser i dagbe-handlingsregi. *Musikterapi i Psykiatrien*, Årsskrift 5 [s. 77-101]. [red. Holck, U.], Musikterapiiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet

- Hannibal, N., Pedersen, B., Windfelt, M. & Skadhede, S. [2011]. Opsamling på Gruppemusikterapi i Dagbehandlingsregi for Perioden 2003 til 2010. *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 6* [s. 27-37]. [red. Bonde, L.O.], Musikterapi klinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet
- Hannibal, N., Pedersen, I.N., Bonde, L., Bertelsen, L.R., Lund, H.N. & Dammeyer, C. [2012]. Manual for procesorienteret musikterapi med personer med personlighedsforstyrrelser. *MIPD. Vol 2. 2012* [s. 64-80].
- Hannibal, N. [2013]. Implicit and explicit mentalization in music therapy in psychiatric treatment of people with Borderline personality disorder, I: *The Music in Music Therapy. European Psychodynamic Music Therapy: Clinical, Theoretical and Research Approaches*. London: Jessica Kingsley Publishers [In review]
- Jørgensen, C.R. [2006]. *Personlighedsforstyrrelser. Moderne relationel forståelse og behandling af borderline-lidelser*. Århus: Akademisk Forlag.
- Karterud, S. & Bateman, A. [2010]. *Manual for mentaliseringsbaseret terapi (MBT)*. København: Hans Reitzels Forlag
- Lindahl, S.J. & Hannibal, N. [2012]. 30 år med musikterapi - oplevelser, erfaringer, visioner *Sænummer af Tidsskriftet Dansk Musikterapi*. Udgivet af Humanistisk Fakultet og Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet Musikterapiuddannelsen. Øko-Tryk
- Petersen B, Toft J, Christensen NB, Foldager L, Munk-Jørgensen P, Lien, K. & Valbak, K. [2008]. Outcome of a psychotherapeutic programme for patients with severe personality disorders. *Nordic Journal of Psychiatry 2008; Vol. 62, No. 6* [s. 450-456]. [doi:10.1080/08039480801984271]
- Stern, D. [1991]. *Barnets Interpersonelle Univers - Et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stern, D. N., Sander, L.W., Nemm, J.P., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Brunschweiler-Stern, N. & Tronick, E.Z. [1998]. Non-Interpretive Mechanisms In Psychoanalytic Therapy, *International Journal Of Psychoanalysis, Vol. 79* [s. 903-921].
- Stern, D. N. [2004]. *Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stern, D.N. [2010]. *Vitalitetsformer: Dynamiske oplevelser i psykologi, kunst, psykoterapi og udvikling*. København: Hans Reitzel.
- Trondalen, G. & Skårderud, F. [2007]. Playing with Affects... and the importance of "affect attune-ment", *Nordic Journal of Music Therapy, 16*[2] [s. 100-111].
- Wigram, T. [2004]. *Improvisation- Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers